

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Saison 20...../20.....

PHOTO  
OBLIGATOIRE  
Agrafée

Cette fiche destinée aux responsables de l'unité résume les renseignements concernant la santé de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

-----  
UNITÉ :

### IDENTITÉ

Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Sexe	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F

### RESPONSABLES DE L'ENFANT (A prévenir en cas d'urgence)

Nom et Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2

### PROBLÈMES DE SANTÉ PASSÉS ET ACTUELS

*Maladies, handicap, hospitalisations, opérations... Avec les dates des évènements.*


### Prise de traitement médical quotidien ?

- OUI**, joindre une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants dans la boîte d'origine marquée au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.
- NON**.

En cas de problème de santé au long cours, nécessité d'en parler avec l'assistant sanitaire ou un chef de la maîtrise. Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) peut s'avérer nécessaire et être mis en place. Si un PAI a été établi à l'école, une copie peut être fournie, sinon un modèle scout existe sur doc en stock.

### POINTS D'ATTENTION CONCERNANT L'ENFANT

*Par exemple : troubles du sommeil, mouille son lit la nuit, saignements de nez, régime alimentaire, hyperactivité, handicap, prothèses dentaires et auditives, port de lunettes ou lentilles de contact, votre fille est-elle réglée ? etc.*

--

### ALLERGIES

Aliments, médicaments	Type de réaction (œdème, urticaire, ...)

## VACCINATIONS

*Il est demandé de joindre une photocopie de la/des page(s) de vaccination du carnet de santé ou de fournir une attestation des vaccinations réalisées en cas d'absence de carnet.*

Maladie	Nom du vaccin (entourer le nom)				Date du dernier rappel
<b>DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)</b>	Infanrix Hexa® Hexyon®	Pentavac®	Repevax® Boostrix®	Revaxis®	
Coqueluche					
Haemophilus influenzae					
Hépatite B		Engerix B® Genhevac®			

Maladie	Nom du vaccin	Nombre d'injections reçues
Méningocoque C	Neisvac® Meningitec®	
Pneumocoque	Prevenar®	
ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole)	Priorix®	
Tuberculose	BCG	

Autre	Hépatite A (Avaxim®, Vaqta®, Havrix®)	Typhoïde (Typhim®)	Fièvre jaune (Stamaril®)	Rage (Vaccin rabique)
Date				

Nom et fonction de la personne ayant vérifié la conformité des vaccinations :  
*Pour rappel, pour les enfants nés avant 2018, seule la vaccination DTP est obligatoire.  
Les autres informations sont indispensables pour permettre au corps médical d'estimer l'état de santé de votre enfant si nécessaire.*

Date :

Signature :

Je soussigné.e, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Date et Signature des parents :**

**Observations pendant le séjour :**